

<DATE>

<CASE NAME>

<ADDRESS>

<CITY><STATE><ZIP>

Este es su aviso de inscripción abierta. La inscripción abierta es su oportunidad de cambiar de plan de cuidados administrados por cualquier motivo.

Llame a más tardar <DATE> si usted desea cambiar de plan de cuidados administrados. **Si usted está satisfecho con los servicios de su plan actual, no necesita hacer nada.** Si no llama, permanecerá en su plan actual. Después <DATE> usted no podrá cambiar de plan hasta la próxima inscripción abierta, salvo que cuente con aprobación del Departamento de Servicios de Asistencia Médica.

Si tiene dudas sobre esta carta o si desea cambiar de plan, llame a su **Línea de Ayuda de Cuidados Administrados al 1-800-643-2273, Lunes – Viernes 8:30 a.m. – 6:00 p.m.**

NOMBRE
<Recipient Name>

No. IDENT. DESTINATARIO
<12-Digit Recipient ID #>

Virginia Department of Medical Assistance Services paga una cuota mensual (prima) por su cobertura médica a su MCO. Si usted no reunió los requisitos por los meses anteriores de su cobertura, debido a que usted no envió la información correcta o cambios en su situación a su empleador (patrón), usted puede tener que reembolsar (pagar) las cuotas mensuales, si usted recibió servicios médicos durante esos meses.